

**NEGFAR****SOLICITUD DE EMPLEO**

Por favor lea detenidamente y llene cada espacio de acuerdo a lo indicado, utilizando letra clara y legible sin enmendaduras ni tachaduras.

<b>Cargo Solicitado</b> Dependiente de Farmacia	<b>Sueldo / Salario que aspira</b> 450.
--	--

**INFORMACIÓN PERSONAL**

<b>Apellidos</b> Chango Toapanta		<b>Nombres</b> Maria Luzmila	
<b>Dirección domiciliar:</b>			
<b>Provincia</b> Tungurahua	<b>Ciudad</b> Pillaro	<b>Urbanización / Sector (norte, sur, etc.)</b> Pobres Millonarios	
<b>Calle / Avenida / Vereda</b> Calle Flores		<b>Edificio / Casa / Otro</b> Casa	<b>Nº / Nombre</b> S/N
<b>Parroquia</b> Pillaro	<b>Teléfonos:</b> Convencional: Celular: 0939033094		
<b>Cédula de Identidad</b> 1803886223	<b>Nacionalidad</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ecuatoriana <input type="checkbox"/> Extranjero	<b>Sexo</b> <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Su Vivienda es:</b> <input type="checkbox"/> Propia <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada
<b>Edad</b> 34	<b>Lugar de Nacimiento:</b> San Andrés, Pillaro	<b>Fecha de Nacimiento</b> 11/01/1989	<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a)
<b>Posee Licencia</b> <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Tipo de Licencia</b> B	<b>Posee Vehículo</b> <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <b>No. de Placa</b>	<b>¿Puede Trabajar en cualquier lugar de la Ciudad?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Disponibilidad Inmediata</b> <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Tiempo:</b>
<b>Estatura</b> 1,50	<b>Calzado</b> 37	<b>Usa lentes</b> <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	<b>Posee Discapacidad</b> <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
<b>Peso</b> 67 Kg	<b>Tipo de Sangre</b> ORH +		
<b>¿Posee cuenta bancaria?</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Banco:</b> Ban Ecuador <b>Ahorro</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Corriente</b> <input type="checkbox"/>			
<b>Nº Cuenta</b> 4018463496		<b>Correo personal:</b> marilynlu2@hotmail.es	

**EN CASOS DE EMERGENCIAS COMUNICARSE CON:**

<b>Apellidos y Nombres:</b> Saguinga Chango Tatiana Michelle	<b>Parentesco:</b> Sobrina	<b>Teléfono convencional:</b>
<b>Dirección:</b> San Andrés		<b>Celular:</b> 0999477810

**INFORMACION FAMILIAR (Papá, mamá, hermanos, esposa, hijos, etc):**

Nombres y Apellidos	Parentesco	Ocupación	Empresa	Edad
Jorge Anibal Chango Ortega	Papá	Chofer	Propio	62
Zoila Mercedes Toapanta	Mamá	Ama de casa		62
Nancy Yolanda Chango Toapanta	Hermana	Ama de casa		42
Sonia Patricia Chango Toapanta	Hermana	Ama de casa		40
Dawana Anahí Toapanta Chango	Hija	Estudiante		15
Karla Estefanía Morocho Chango	Hija			4 meses

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Estudios	Título Obtenido	Institución	Lugar	Años Cursados	Fecha		Graduado	
					Desde	Hasta	SI	NO
Primaria								
Secundaria								
Técnica	Análisis en Sistemas	Los Andes	Pillaro	3	2008	2011	✓	
Universitaria								
Post-grado								

**Estudia actualmente**  
☐ SI ☒ NO **Dónde:** **Carrera:** **Horario:**

**CURSOS**

Nombre del Curso	Instituto o Entidad Didáctica	Duración (Hrs)	Fecha
Gerencia en Farmacias	UEES	44 Hrs	30/09/2019
Desarrollo de competencias	VIDE	24 Hrs	18/10/2021



**EXPERIENCIA LABORAL** (Comience por su último o actual trabajo)

Nombre de la Empresa <b>Clinica Santa Maria</b>		Dirección Actual <b>Calle Colón y Ayllon</b>		Teléfonos <b>099044448</b>	
Tiempo de Servicios Desde <b>2013</b> Hasta <b>2015</b>		Cargo <b>Auxiliar de enfermería</b>	Razón de Retiro <b>Cambio de trabajo</b>		Nombre Supervisor <b>Dr. Félix Acosta</b>

Descripción del trabajo desempeñado:

**Atención al paciente, manejo de quirófano, administración de medicina**

Nombre de la Empresa <b>Farmacia Cruz Azul</b>		Dirección Actual <b>Carlos Tamayo</b>		Teléfonos <b>2873692</b>	
Tiempo de Servicios Desde <b>2017</b> Hasta <b>2023</b>		Cargo <b>Auxiliar de farmacia</b>	Razón de Retiro <b>Cambio de trabajo</b>		Nombre Supervisor <b>Ing Roberto Changuin</b>

Descripción del trabajo desempeñado:

**Atención al cliente, ingreso y despacho de medicina, control inventarios**

Nombre de la Empresa		Dirección Actual		Teléfonos	
Tiempo de Servicios Desde Hasta		Cargo	Razón de Retiro		Nombre Supervisor

Descripción del trabajo desempeñado:

Indique Idiomas:		E= Excelente,		B= Bien,		R= Regular		Donde lo aprendió		Duración	
Idiomas		Habla		Escribe		Lee		Traduce			
<b>Español</b>		<b>E</b>		<b>E</b>		<b>E</b>					

**REFERENCIAS PERSONALES**

(Que no sean familiares)

Nombre y Apellido	Ocupación	Dirección	Teléfono	Años conociéndolo
<b>Heidi Espín</b>	<b>Lic. Seguridad</b>	<b>La Tranquilla</b>	<b>0979096277</b>	<b>5</b>
<b>Jessyca Alcaciega</b>	<b>Ing. Sistemas</b>	<b>Salcedo</b>	<b>0981229717</b>	<b>12</b>

NOMBRE DE CLUB U OTRAS ASOCIACIONES A LAS QUE PERTENECE :

¿ PRACTICA ALGUN DEPORTE ? ☐ Si ☒ No Cuál: \_\_\_\_\_¿ ESTA DISPUESTO A SOMETERSE A ALGUN EXAMEN MEDICO PRE-EMPLEO ? ☒ Si ☐ No¿ SE HA EFECTUADO ALGÚN EXAMEN MÉDICO RECIENTEMENTE? ☒ Si ☐ No

¿ LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA VEZ, LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (INDIQUE)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Azúcar en la sangre) | <input type="checkbox"/> Lumbagia         | <input type="checkbox"/> Hernia Discal                                      |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal            | <input type="checkbox"/> Hernia Umbilical | <input type="checkbox"/> Otra- Cuál : _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Sida                           | <input type="checkbox"/> Hernia Inguinal  | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial (T. Alta)                    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal    | <input type="checkbox"/> Le han practicado alguna cirugía ? Indique : _____ |

¿ TIENE ALGÚN FAMILIAR TRABAJANDO EN LA EMPRESA ? ☐ Si ☒ No Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_¿ TIENE ALGÚN AMIGO(A) O CONOCIDO(A) TRABAJANDO EN LA EMPRESA? ☐ Si ☒ No Nombre: \_\_\_\_\_¿ TIENE ALGÚN FAMILIAR O AMIGO QUE HAYA TRABAJADO EN NEGFAR? ☐ Si ☒ No

Nombre del Familiar \_\_\_\_\_ Tiempo en la compañía \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

TALLA DE UNIFORME: S ☐ M ☒ L ☐ XL ☐ XXL ☐ XXXL ☐

Declaro que los datos por mí suministrados en esta solicitud son ciertos. En caso de dar información no cierta u ocultar información importante, esto puede dar motivo a la culminación justificada de la relación de trabajo. Me comprometo igualmente a realizar las pruebas de competencia requeridas para el cargo al cual aspiro y a someterme al examen médico practicado por los médicos de la empresa. El tiempo utilizado por mí en las pruebas y exámenes sera por mi exclusiva cuenta, sin que constituya obligación por parte de la empresa para la contratación de mis servicios, conviniendo que de obtenerlo me someteré a sus reglamentos y condiciones y que mi obligación no estará limitada a trabajar donde ingrese, sino que pudiera ser transferido a cualquiera de sus dependencias.

Nombre y Apellido del solicitante: <b>Maria Chango Teapanta</b>	Firma: 	Lugar y Fecha: <b>Pillaro, 2 de Octubre 2023</b>
--	---	---